

# Especialização Multiprofissional em Saúde da Família



**Eixo III - A Assistência na Atenção Básica**  
**Projeto Terapêutico Singular**



## GOVERNO FEDERAL

**Presidente da República**

**Ministro da Saúde**

**Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)**

**Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)**

**Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde**

**Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS**

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Reitora** Roselane Neckel

**Vice-Reitora** Lúcia Helena Pacheco

**Pró-Reitora de Pós-graduação** Joana Maria Pedro

**Pró-Reitor de Pesquisa** Jamil Assereuy Filho

**Pró-Reitor de Extensão** Edison da Rosa

## CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Diretora** Kenya Schmidt Reibnitz

**Vice-Diretor** Arício Treitinger

## DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

**Chefe do Departamento** Antonio Fernando Boing

**Subchefe do Departamento** Sérgio Fernando Torres de Freitas

**Coordenadora do Curso** Elza Berger Salema Coelho

## COMITÊ GESTOR

**Coordenadora do Curso** Elza Berger Salema Coelho

**Coordenadora Pedagógica** Kenya Schmidt Reibnitz

**Coordenadora Executiva** Rosângela Leonor Goulart

**Coordenadora Interinstitucional** Sheila Rubia Lindner

**Coordenador de Tutoria** Antonio Fernando Boing

## EQUIPE EAD

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Eleonora Milano Falcão Vieira

Marialice de Mores

Sheila Rubia Lindner

## AUTORES

Fernanda Alves Carvalho de Miranda

Elza Berger Salema Coelho

Carmem Leontina Ojeda Ocampo Moré

## REVISORA

Jussara Gue Martinez

## VALIDADORES EXTERNOS

Equipe da ESF e NASF de Alto Bela Vista (SC)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

# Projeto Terapêutico Singular

**Eixo III**

A Assistência na Atenção Básica

Florianópolis  
UFSC  
2012

© 2012 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

Disponível em: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br).

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

---

U588p Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde.  
Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família.

Projeto terapêutico singular [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Fernanda Alves Carvalho de Miranda; Elza Berger Salema Coelho; Carmem Leontina Ojeda Ocampo Moré. – Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

60 p. (Eixo 3 – A Assistência na Atenção Básica).

Modo de acesso: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br)

Conteúdo do módulo: Introdução ao Projeto Terapêutico Singular. - Como Formular um projeto Terapêutico Singular. - Educação Permanente em Saúde no Desenvolvimento do PTS. - Práticas Exitosas do PTS.

ISBN: 978-85-61682-92-7

1. Assistência a saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Educação em saúde. I. UFSC. II. Miranda, Fernanda Alves Carvalho de. III. Coelho, Elza Berger Salema. IV. Moré, Carmem Leontina Ojeda Ocampo. V. Título. VI. Série.

CDU: 616-084

---

## **EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL**

**Coordenação Geral da Equipe:** Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

**Coordenação de Produção:** Giovana Shuelter

**Design Instrucional:** Marcelo Capillé

**Revisão Textual:** Ariele Louise Barichello Cunha

**Design Gráfico:** Maraysa Alves

**Ilustrações:** Rafaella Volkmann Paschoal, Maraysa Alves

**Design de Capa:** Rafaella Volkmann Paschoal

# SUMÁRIO

UNIDADE 1 INTRODUÇÃO AO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR – PTS .....	11
1.1 Necessidade de ir além do modelo biomédico .....	13
1.2 Desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares no contexto da Atenção Básica .....	14
REFERÊNCIAS .....	17
 UNIDADE 2 COMO FORMULAR UM PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR – PTS .....	19
2.1 Etapas do processo de construção do PTS .....	20
2.1.1 Quando e como reconhecer um caso para o desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular .....	21
2.1.2 Avaliação da situação .....	25
2.1.3 Definição de hipóteses diagnósticas .....	29
2.1.4. Definição de Metas .....	30
2.1.5 Divisão de responsabilidades .....	31
2.1.6. Reavaliação .....	32
2.2 Gerenciamento de equipe no PTS .....	33
2.3 Competências e motivação para a atuação em PTS .....	35
REFERÊNCIAS .....	39
 UNIDADE 3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO DESENVOLVIMENTO DO PTS .....	43
3.1 A Educação Permanente não constitui Educação Continuada .....	43
3.2 Alternativas para as dificuldades encontradas no desenvolvimento da Educação Permanente e do Projeto Terapêutico Singular .....	45
REFERÊNCIAS .....	47
 UNIDADE 4 PRÁTICAS EXITOSAS DE DESENVOLVIMENTO DE PTS NA ATENÇÃO BÁSICA ....	49
4.1 O caso de Sobral – CE .....	49
4.2 Um caso na Atenção Básica .....	50
4.3 O caso de Santa Maria – RS .....	51
REFERÊNCIAS .....	52
 SÍNTESE DO MÓDULO .....	53
AUTORES .....	54

# APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Você está iniciando o estudo do módulo para a implementação da assistência na Atenção Básica por meio da atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) utilizando a ferramenta Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Esta é uma ferramenta para a gestão do cuidado, que além de viabilizar a ampliação da resolubilidade da atenção, é um instrumento que abre espaço para a pactuação da assistência entre equipes de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Na primeira unidade será apresentado o conceito de PTS como ferramenta que contribui para a transformação do modelo assistencial biomédico para o modelo de determinação social do processo saúde-doença, viabilizando o compartilhamento de saberes e responsabilidades entre os profissionais da Atenção Básica.

Na segunda unidade você conhecerá o processo de formulação e desenvolvimento de um PTS, ou seja: como formulá-lo, seu processo e etapas de construção, gerenciamento de equipe e, finalmente, competências e motivação para a atuação em PTS. Na unidade três será contextualizada a implantação da Educação Permanente por meio do desenvolvimento de um PTS, suas diferenças e aproximações complementando o processo de trabalho compartilhado.

Por fim, na unidade quatro, apresentamos exemplos de implantação de PTS na Atenção Básica em diferentes regiões do Brasil que se propõem demonstrar possibilidades de incluir o Projeto Terapêutico Singular em seu território.

## **Ementa**

Elaboração e desenvolvimento de Projeto Terapêutico Singular (PTS) como ferramenta do processo de trabalho na Atenção Básica para produção de saúde, centrada no sujeito assistido, individual ou coletivo, por meio do estudo: conceitos, formulação, desenvolvimento e práticas exitosas do PTS.

### **Objetivo geral**

Formular e desenvolver um Projeto Terapêutico Singular para a ampliação da resolubilidade da assistência na Atenção Básica.

### **Objetivos específicos**

- Compreender como se dá o desenvolvimento de Projeto Terapêutico Singular no contexto da Atenção Básica.
- Estruturar um Projeto Terapêutico Singular junto às Equipes da Atenção Básica em Saúde.
- Compreender a importância do compartilhamento de saberes na operacionalização do PTS.
- Reconhecer as possibilidades de operacionalização do PTS.

**Carga horária: 30h**

## **Unidades de Conteúdo**

Unidade 1: Introdução ao Projeto Terapêutico Singular – PTS

Unidade 2: Como formular um Projeto Terapêutico Singular – PTS

Unidade 3: Educação permanente em saúde no desenvolvimento do PTS

Unidade 4: Práticas exitosas de desenvolvimento de PTS na Atenção Básica

# **PALAVRAS DOS PROFESSORES**

Seja bem-vindo a este módulo!

O presente módulo é um convite para você refletir sobre sua prática cotidiana e principalmente sobre sua postura profissional frente à tomada de decisões no contexto da Atenção Básica e frente aos diálogos, seja com o usuário, seja com a equipe. Nessa perspectiva, a pretensão deste módulo é somar a seus conhecimentos técnico-científicos, visando sua reavaliação à luz da realidade em que você está inserido. Enfim, buscamos desenvolver habilidades de problematização de dilemas humanos, que gerem a possibilidade de ampliar sua compreensão por ocasião das propostas de intervenção, através da co-construção grupal de um pensar, agir e intervir em rede e que sustente o protagonismo de todos os envolvidos. Assim, desejamos que o conteúdo deste módulo faça sentido para você, prezado estudante, à luz de suas realidades de atuação. Eis o nosso grande desafio!

Bons estudos!

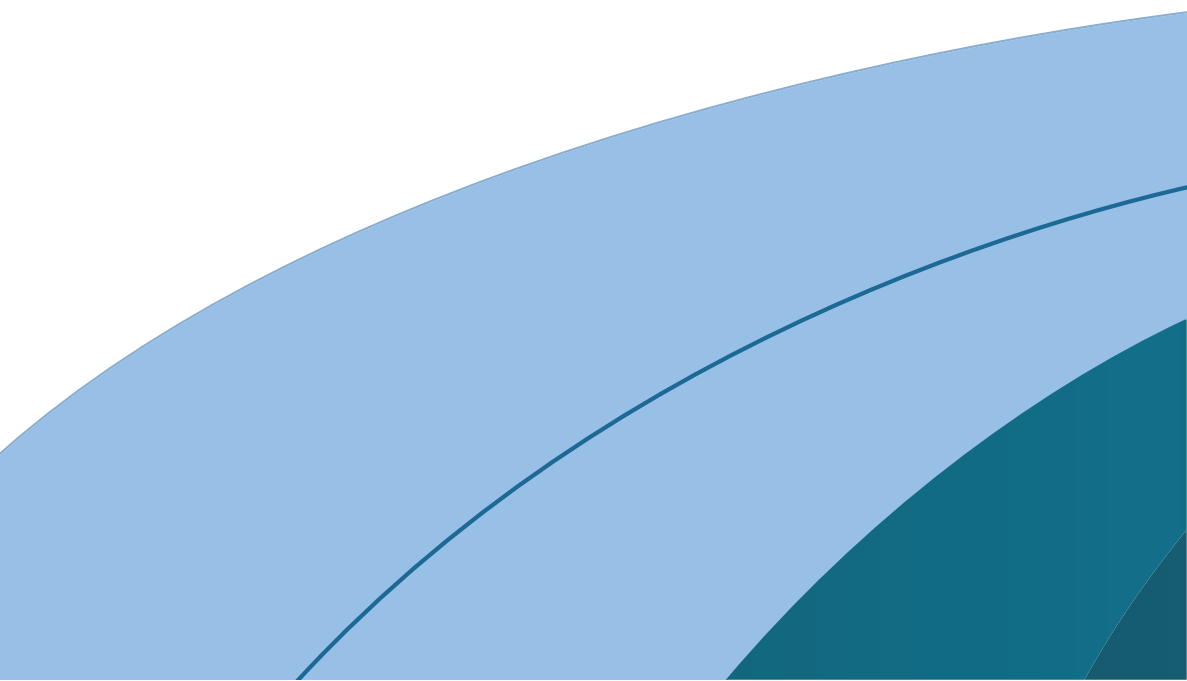
Fernanda Alves Carvalho de Miranda  
Elza Berger Salema Coelho  
Carmem Leontina Ojeda Ocampo Moré





Projeto Terapêutico Singular

# Unidade 1



# 1 INTRODUÇÃO AO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR – PTS

O Projeto Terapêutico Singular é uma forma de organização da gestão do cuidado, instituída no processo de trabalho em saúde entre as equipes da Atenção Básica. Trata-se de ferramenta viabilizadora de diálogo interativo entre os profissionais envolvidos na Atenção Básica, permitindo o compartilhamento de casos e o acompanhamento longitudinal de responsabilidade destas equipes (BRASIL, 2011).

A construção de um PTS implica, necessariamente, na revisão de posicionamentos profissionais e pessoais, tanto no trabalho em equipe, como junto ao usuário e frente ao modo de identificar e conceber os recursos comunitários. Desenvolver um PTS exige também um reconhecimento da forma como nos comunicamos e propomos diálogos, entendendo aqui que a comunicação, seja ela por meio de palavras, gestos e até mesmo silêncios, afeta e impacta decididamente o comportamento humano.

Nesse sentido, estarmos atentos à nossa habilidade de comunicação no processo interacional cotidiano exige do profissional uma reflexão individual, pois ela se evidencia, de modo mais palpável, na implementação desta ferramenta, na medida em que ela se gesta e se torna efetiva através das múltiplas vozes e diálogos que se somam numa equipe para pensar a saúde, na perspectiva de um pensamento grupal integrador (MORE; MACEDO, 2006).

O desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular pode criar um espaço para a efetivação da clínica ampliada e de uma prática de cuidado não segmentada ou isoladamente desenvolvida pelo profissional, evitando assim a [referência e contrarreferência](#)<sup>1</sup> a outros níveis de atenção à saúde, sem antes esgotar as possibilidades terapêuticas disponíveis para responder às necessidades identificadas pelas Equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. Não significa a extinção da referência e da contrarreferência a outros níveis, implica sim em uma produção mais racional e eficaz do cuidado neste nível de atenção à saúde.

---

**1** Referência é o encaminhamento do usuário de um nível de menor complexidade para outro de maior complexidade, como hospitais e serviços especializados. Contrarreferência é o encaminhamento do usuário de um nível de maior complexidade para um de menor complexidade, devendo ser esta a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio.

---

Ao profissional da Equipe de Saúde da Família (ESF) e ao usuário cabe a identificação do caso. Ao profissional da ESF cabe a intervenção direta, podendo inclusive contar com o auxílio de outros profissionais da AB, da ESF ou NASF. Cabe aos profissionais do NASF a orientação dos profissionais da ESF para o

desenvolvimento do PTS compartilhando saberes específicos que contribuam para a resolubilidade do caso considerado, além da intervenção interdisciplinar quando for identificada a necessidade e estabelecido o acordo de todos os envolvidos (BRASIL, 2010).

O desenvolvimento do PTS envolve a coprodução e cogestão interdisciplinar para desenvolver um plano de ação terapêutico.

---

O PTS é uma ferramenta que instrumentaliza o desenvolvimento de propostas e condutas terapêuticas articuladas para e com o **usuário**, e por isso não deve ser desenvolvida exclusivamente pelos profissionais da saúde.

---

## Entendimento de Projeto, Terapêutico e Singular

Observe e compare sua prática profissional com o entendimento que deve ser considerado para cada palavra que nomeia essa ferramenta:

- **Projeto:** ferramenta assistencial que ao ser construída deve ter como meta final ir além da formulação da ação, visando à transformação da realidade em questão. Esta é a principal proposta do PTS, o delineamento dos objetivos, dos percursos a serem trilhados com vistas à resolubilidade das situações problema identificadas, envolvendo os profissionais da Atenção Básica.
- **Terapêutico:** como proposta de intervenção deve ser compreendida para além das patologias ou distúrbios da saúde. Assim, as ações a serem desenvolvidas terão como referência inicial um foco ou problema que a equipe deve responder, cabendo lembrar aqui que essas ações devem, necessariamente, contemplar estratégias contextualizadas aos recursos do usuário ou grupos, da equipe e às realidades de atuação. Nesse sentido considera-se que os problemas dos indivíduos, grupos ou comunidades são processos que envolvem diversos setores e condicionantes.
- **Singular:** expressa o foco da ação em torno da qual uma equipe é mobilizada em seu conjunto para pensar e encontrar possíveis respostas, devendo saber ou reconhecer que esse foco pode estar relacionado a uma diversidade de outros focos ou problemas. Utiliza-se o termo Singular por ser único em seu significado ou situação, podendo ser um problema de um único indivíduo ou de um grupo específico. Outro entendimento é que o foco deve ser singular para os profissionais envolvidos no Planejamento Terapêutico. Cada profissional contribui com os saberes próprios de sua formação, na troca de experiências, no compartilhamento de ideias e no aprendizado com o olhar do outro, e proporciona, desta forma, que esses saberes técnicos reciprocamente complementados possam contribuir para uma assistência resolutiva.

É importante salientar que o processo do PTS não pode ser alheio ao olhar e parecer dos usuários envolvidos. O indivíduo, grupo ou comunidade deve estar sempre no centro das observações, planejamentos e ações, desenvolvendo, desta forma, a corresponsabilização de todos os envolvidos no processo e objetivos, tanto os desejados como os atingidos, sendo esta uma das principais propostas presentes na Política Nacional de Humanização (2010). Para isso, os profissionais da Atenção Básica devem desenvolver o acolhimento com [escuta qualificada](#)<sup>2</sup>, estabelecendo vínculos com os usuários envolvidos, pois, como veremos adiante, trata-se de um preceito básico para o desenvolvimento de um PTS eficaz.

---

**2** A escuta qualificada está envolvida no acolhimento ao usuário e é entendida como uma postura ética profissional assumida em todos os espaços e momentos de atuação, implicando na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo saúde-doença, assumindo a corresponsabilização pela resolução com a ativação de redes de compartilhamento de saberes.

---

## 1.1 Necessidade de ir além do modelo biomédico

A implantação de PTS com vistas à ampliação da resolubilidade assistencial requer dos profissionais mais que a discussão de casos clínicos, implicando também na necessidade de reavaliação do modelo assistencial biomédico e na importância de sua modificação, assunto sobre o qual muito vem se debatendo. Sem esgotar a complexidade dessa temática, destacam-se aspectos que podem auxiliar você a refletir ou a problematizar, no seu cotidiano, em torno das necessidades de:

- a) Superação do pensar profissional individualizado e prescritivo, cuja referência é o saber científico em detrimento do reconhecimento do saber do usuário.
- b) Evitar que o profissional se torne um executante de demanda, no sentido de responder, especificamente, a um sistema institucional de valoração produtivista que exige quantidade em detrimento da qualidade.
- c) Revisão sistemática do alcance e eficácia de suas ações em curto, médio e longo prazo, à luz dos contextos de atuação.
- d) Pensar as propostas de ações em rede para superar um modelo tradicional que sustenta, na prática cotidiana, a fragmentação dos diálogos, das ações e principalmente da escuta de usuário ou grupos.

---

Cumpramos apontar que a reavaliação ou a mudança de um modelo assistencial acontecerá a partir de reflexão, problematização e conscientização por parte de todos os seus integrantes.

---

Indo ao encontro disto, é interessante evidenciar o principal desafio na assistência à saúde, apontado por Oliveira (2007, p. 66) como a necessidade do “deslocamento do valor de uso dos bens e serviços da ideia direta de atendimento, para as necessidades sociais”. Este desafio implica na superação de uma formação centrada na assistência à doença e de uma ideologia sociopolítica capitalista hegemônica presente nas instituições de saúde que tende a ofertar produtos e serviços supondo a necessidade assistencial respaldada em tecnologias de alto custo, sem considerar as necessidades sociais.

Fundamentado na gestão em saúde, Oliveira (2007) também propõe assumir as práticas como coproduções de saúde e de sujeitos autônomos, como objetivos-fins do processo de atenção à saúde, tendo como missão a produção da universalidade, integralidade e equidade. Esse entendimento permitirá aos profissionais da saúde ampliar as possibilidades assistenciais sem sobrecarregar sua rotina, pois poderão compartilhar responsabilidades e práticas profissionais com os usuários, com outros profissionais de saúde e, ainda, com outros setores da sociedade.

---

A utilização do PTS se constitui, também, em um dispositivo de gestão capaz de provocar processos de reflexão e ação nos trabalhadores de saúde, possibilitando a resignificação de sua postura profissional e de suas práticas à luz das realidades institucionais e comunitárias onde estão inseridos, na perspectiva do compartilhamento de saberes e responsabilidades.

---

### **Lembre-se:**

A postura de compartilhamento de saberes e responsabilidades requer a compreensão de que não há saberes maiores ou menores, superiores ou inferiores, mais ou menos importantes, apenas diferentes, como os saberes dos profissionais de saúde e os saberes dos usuários (OLIVEIRA, 2007).

## **1.2 Desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares no contexto da Atenção Básica**

O Projeto Terapêutico Singular é uma variação do caso clínico, bastante difundido principalmente nos níveis de atenção à saúde secundária e terciária. A Política Nacional de Humanização (2010) teve como referência o posicionamento terapêutico e as estratégias presentes nas experiências nacionais em assistência à saúde mental com o movimento antimanicomial em franco crescimento na década de 1990, adaptando-os às realidades da AB.

O PTS foi assumido como uma ferramenta que deve objetivar, neste nível de assistência, além das ações preventivas e curativas às doenças, ações de promoção de saúde em um contexto complexo e multifatorial. Nesta perspectiva, a Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011 orienta a relação entre as Equipes de Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (ESF/NASF). Esse envolvimento interdisciplinar e a integração de diferentes saberes de várias disciplinas deve visar à ampliação da resolubilidade por meio da ampliação da abrangência e do escopo das ações da Atenção Básica, de forma a ordenar o cuidado e consequentemente as Redes de Atenção à Saúde.

Você pode ter ouvido falar em Projeto Terapêutico Individual, peculiar à saúde mental, e estar se questionando se são sinônimos. Em verdade, essa nomenclatura foi substituída por Projeto Terapêutico Singular ao ser assumida como arranjo da assistência na AB, para não sugerir que tal processo possa ser utilizado apenas em problemas individuais.

**Projeto Terapêutico Singular é uma ferramenta, considerada como proposta de ação, que pode ser utilizada, também, com famílias e mesmo com grupos específicos.**

Segundo a Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011, faz parte do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificar os riscos, avaliar as necessidades de saúde e a análise da vulnerabilidade do sujeito, individual ou coletivo, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea. Também cabe a estas equipes a elaboração, o acompanhamento e a gestão dos PTSs. Aos profissionais do NASF cabe acolher as necessidades das equipes da ESF e apoiar no desenvolvimento dos PTSs, com uma postura de compartilhamento de saberes, capacitando os profissionais das equipes da ESF a compreender a complexidade sob a perspectiva dos profissionais do NASF.

**Veja o exemplo de uma situação onde a ESF precisa do apoio de profissionais.**

A ESF é de uma comunidade classe média alta, onde existe uma família que mora em apartamento e possui dois gatos e um cachorro como animais domésticos convivendo com um bebê de 8 meses. Associada a esta realidade, a criança permanece o dia todo sob os cuidados de uma babá contratada pela família e que não sabe como cuidar da criança nessa situação. Surgem relatos sobre a exposição dessa criança aos animais, sem cuidados com a higiene do lar e separação dos espaços de animais e humanos. Diante deste problema a ESF solicita apoio da equipe do NASF. Os profissionais do NASF propõem então a elaboração de um PTS no qual os principais profissionais que desenvolverão o PTS, além da ESF, serão: médico pediatra, médico veterinário, assistente social e médico homeopata. Estes profissionais considerarão a realidade e juntos aos usuários responsáveis pela

criança identificarão as situações pertinentes ao caso para a seguir pactuar sobre as responsabilidades e ações específicas de cada um dos envolvidos.

Na sua realidade existe esse problema ou problemas semelhantes? A ESFs onde você atua percebem essa situação ou outras como situações problema? É identificada a necessidade de desenvolvimento de PTS? Como você atuaria nesse caso? Reflita, exercite seu olhar e raciocínio para esta e outras situações e identifique quais as que necessitam do desenvolvimento do PTS e como este poderia ser colocado em prática.

Esse é um dos espaços de atuação dos profissionais do NASF e é importante ressaltar que esta equipe não constitui porta de entrada ao sistema de saúde, não possui unidade física independente ou especial na Unidade Básica de Saúde ou fora dela, e não tem livre acesso para atendimento individual ou coletivo sem a pactuação sobre essa necessidade com as Equipes de Saúde da Família.

---

É no PTS que o acordo ou pactuação de atuação e de corresponsabilização pela assistência em saúde, individual ou coletiva, deverá se tornar visível por meio do desenvolvimento de ações que contemplem tanto as necessidades a serem acolhidas, como também o aporte do trabalho das equipes envolvidas.

---



### Leitura Complementar

Amplie seus conhecimentos sobre o PTS consultando publicações do Ministério da Saúde que orientam o seu desenvolvimento e importância:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_humanizacao\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizacao_atencao_basica.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Disponível em: <[http://www.ufjf.br/hu/files/2009/10/projetos\\_terapeuticos.pdf](http://www.ufjf.br/hu/files/2009/10/projetos_terapeuticos.pdf)>.

---



## SÍNTESE DA UNIDADE

O Projeto Terapêutico Singular é apresentado como uma ferramenta que propõe modificação de um modelo assistencial, e que coloca o diálogo entre todos os profissionais e o usuário no centro das questões, visto que somente com uma comunicação eficiente é possível entrosamento e corresponsabilidade.

Tendo o usuário como foco central, os profissionais da Atenção Básica buscam apoio com profissionais do NASF por meio do compartilhamento de saberes e responsabilidades, além da compreensão de que não há saberes maiores ou menores, todos participam igualmente. O envolvimento interdisciplinar com uma postura de compartilhamento de saberes visa à ampliação da resolubilidade assistencial.

O PTS proporciona a revisão de posicionamentos profissionais e pessoais, tanto no trabalho em equipe, quanto junto ao usuário, visando instrumentalizar o desenvolvimento de propostas e condutas terapêuticas que transformem a realidade identificada ou percebida como problema.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de humanização:** atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

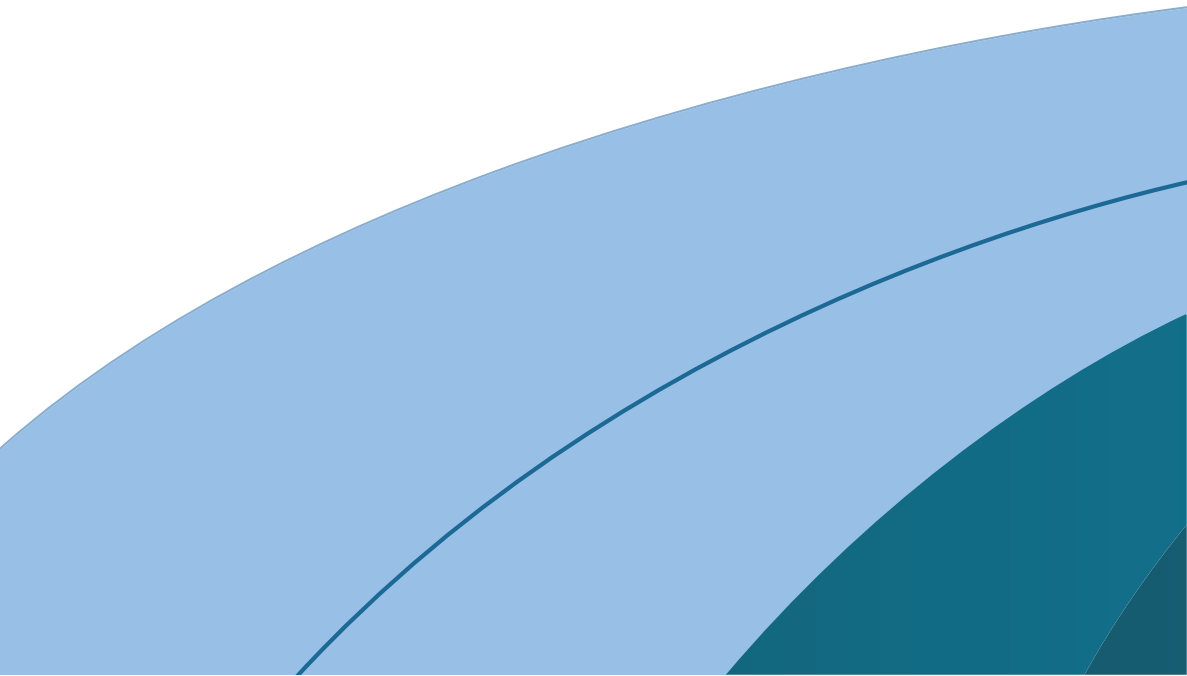
BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria** n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

MORÉ, C. L. O.; MACEDO, R. M. S. **A psicologia na comunidade:** uma proposta de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2006.

OLIVEIRA, G. N. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2007.

Projeto Terapêutico Singular

# Unidade 2



## 2 COMO FORMULAR UM PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR - PTS

Foi visto na unidade anterior que os profissionais da AB precisam compartilhar as responsabilidades e o planejamento durante a assistência em saúde interdisciplinarmente entre os profissionais envolvidos com os usuários. Como ferramenta deste processo está o Projeto Terapêutico Singular que demanda das equipes envolvidas a operação com menor possibilidade de certeza e maior abertura para negociação, repensando seus próprios modos de compreender o mundo, os processos de saúde-doença e a produção da saúde.

Nesta unidade serão apresentadas possibilidades de efetivação do PTS no cuidado à saúde de forma compartilhada. Porém, antes de compreender cada etapa é interessante observar o processo geral e em que momento suas etapas se encaixam.

No esquema abaixo são apresentadas as etapas do PTS previstas na Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011 tendo como referencial o esquema desenvolvido por Oliveira (2007) com o intuito de apresentar uma metodologia de reavaliação do processo de trabalho em saúde, com vista a sua modificação.

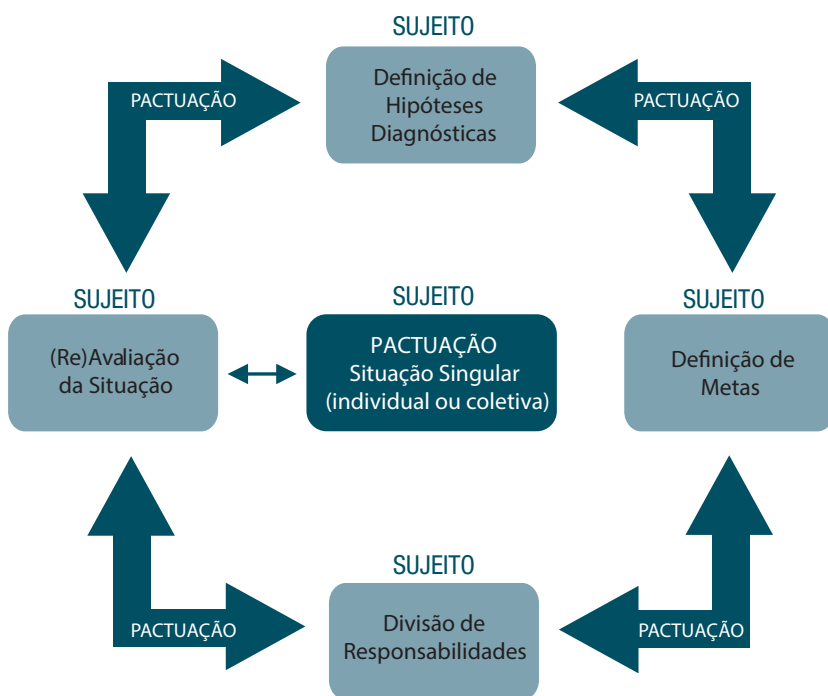


Figura 1 – Metodologia de Reavaliação do Processo de Trabalho em Saúde no PTS

Este esquema permite visualizar uma divisão didática que envolve o processo de construção do PTS no processo de trabalho interdisciplinar:

- O processo inicia com a pactuação sobre a Situação Singular, individual ou coletiva, a partir da qual será desenvolvida a proposta de intervenção;
- Logo, segue-se a apresentação da Avaliação da Situação;
- O levantamento e a discussão das Hipóteses Diagnósticas;
- A pactuação de Definição de Metas;
- Após as metas serem estabelecidas, é hora de dividir as responsabilidades de forma pactuada;
- São necessárias reavaliações periódicas das ações, visando também a pactuação de ajustes identificados como importantes para o alcance das metas ou de suas modificações.

Todo o processo é permeado pela participação do sujeito, individual ou coletivo, que é o centro do PTS e pela pactuação entre os profissionais da saúde, entre as equipes de AB e o usuário.

### **Lembre-se:**

No pano de fundo deste trabalho está uma concepção sobre planejamento em saúde que privilegia os momentos de compartilhamento da compreensão do problema e a pactuação de objetivos no coletivo, tensionando a capacidade de leitura e a análise estratégica de cenários e das implicações envolvidas como forma de preservar a complexidade da problemática em discussão, evitando reducionismos, e como passo subsidiário e essencial para a discussão e planejamento das ações (OLIVEIRA, 2007).

## **2.1 Etapas do processo de construção do PTS**

Para a construção compartilhada do PTS, e tendo como referência a proposta da clínica ampliada, todos os profissionais envolvidos e usuários podem participar ativamente e produtivamente expondo seus saberes e ideias numa postura profissional ou pessoal de compartilhamento e de respeito ao saber do outro. Este movimento deve permear o processo em toda a sua extensão, desde a formulação até a implementação das ações.

Todas as etapas descritas a seguir podem ser desenvolvidas tanto em um PTS para um sujeito individual quanto coletivo. Porém, quando o sujeito considerado for coletivo, Oliveira (2007) orienta o desenvolvimento de um mapeamento dos sujeitos, organizações e grupos potencialmente envolvidos, identificando interessados e não interessados na discussão da situação e da pactuação das ações.

E na atuação com sujeitos individuais, se faz pertinente observar as relações biopsicossociais que permeiam sua vida e rotina, como será descrito a seguir.

### 2.1.1 Quando e como reconhecer um caso para o desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular

Para a identificação de casos a serem encaminhados por Projeto Terapêutico Singular (PTS), cumpre resgatar a diretriz presente na Portaria n. 2488/2011 na qual é indicado priorizar indivíduos ou o coletivo em maior vulnerabilidade ou em situações mais graves.

Mas o caso pode partir tanto do próprio indivíduo ou do coletivo, como queixa, ou da observação, percepção da equipe ou mesmo de um único profissional. Identificada à situação, será encaminhada como PTS quando a ESF assim decidir.

Esta etapa exige atenção especial da equipe, pois reúne informações que sustentarão o êxito de um PTS no que se refere ao engajamento de todos os envolvidos. Isto significa que a identificação de uma situação singular deve, necessariamente, fazer sentido para todos os envolvidos. Na prática cotidiana das equipes de saúde observa-se que uma situação singular identificada pode ter diversas origens e diferentes compreensões por parte dos envolvidos e, por sua vez, pode estar relacionada a uma série de outras situações singulares (MORE; MACEDO, 2006).

Isto quer dizer que uma situação singular que contém uma queixa ou um foco de mobilização de uma equipe pode ser concreta na medida em que há evidências que a sustentam a partir da escuta do usuário ou do grupo, ou pode ser uma situação singular resultante de impressões pessoais de algum dos integrantes da equipe, ou de alguém da rede familiar ou social significativa de uma pessoa, por exemplo.

---

Este entendimento inicial do surgimento da situação singular permite ter uma postura estratégica que pode auxiliar na sua compreensão e melhor identificar os elementos que se conjugam nela.

---

Neste momento inicial, todos devem procurar responder de forma dialogada os questionamentos que podem girar em torno das seguintes questões-guias (MORE; MACEDO, 2006; OLIVEIRA, 2007):

- Para quem a situação é um problema?
- De quem é o problema? Ou seja, quem é o encaminhador do mesmo?
- Porque é visto como problema pelo encaminhador?
- Porque discutir esse problema e não outros?

As respostas a estas perguntas gerarão uma série de reflexões que permitirão a todos os seus integrantes visualizarem a emergência da situação singular ou problema. Moré e Macedo (2006) apontam que a reflexão da equipe em torno desses questionamentos auxilia a avaliar a situação singular ou problema na sua intensidade, chegar à certas situações e, a partir das informações que surgirem, encontrar outros encaminhamentos ou respostas para a mesma, descaracterizando, em certa medida, a mobilização inicial evidenciada e que havia levado a equipe a pensar num PTS.

Nesse sentido, e tendo como contexto o conjunto das respostas às questões-guias, é importante que a equipe de Atenção Básica identifique e avalie as ações clínicas já desenvolvidas, quais os caminhos já trilhados e seus resultados, quais as possibilidades de intervenção e necessidades de ajustes.

Descrever de modo esquemático como o sujeito se expõe ou se protege de riscos, ponderando as promoções de saúde em seu cotidiano, o risco às doenças e as ações preventivas a estas, a fim de identificar as possibilidades de negociação e responsabilização entre os profissionais e o sujeito e suas ações para a melhoria das condições de saúde.

Com o objetivo de facilitar a compreensão acima e tendo como referência o trabalho de Moré e Macedo (2006), apresentamos um esquema construído para analisar uma situação singular ou problema desde uma perspectiva sistêmica. Para isto, propomos um exemplo de vinheta clínica simples para melhor exemplificar a leitura:

- A equipe está mobilizada pelo pedido de ajuda insistente de uma mãe para o filho. Ele apresenta um quadro de hipertireoidismo já acompanhado pela equipe desde que ele se mudou para a comunidade, há 8 meses. A mãe considera que o quadro acarreta dificuldades de aprendizagem, levando-a a questionar as propostas de tratamento e o acompanhamento da equipe, assim como a medicação que seu filho está tomando.

Antes de entrar na situação ou queixa propriamente dita, a pedido da mãe, no que se refere à análise da demanda explícita, já é possível observar os sistemas envolvidos e seus atores. Por sua vez, quando surge a proposta de um PTS, este já começa a constituir-se num sistema que contém outros. Vejamos a figura a seguir:

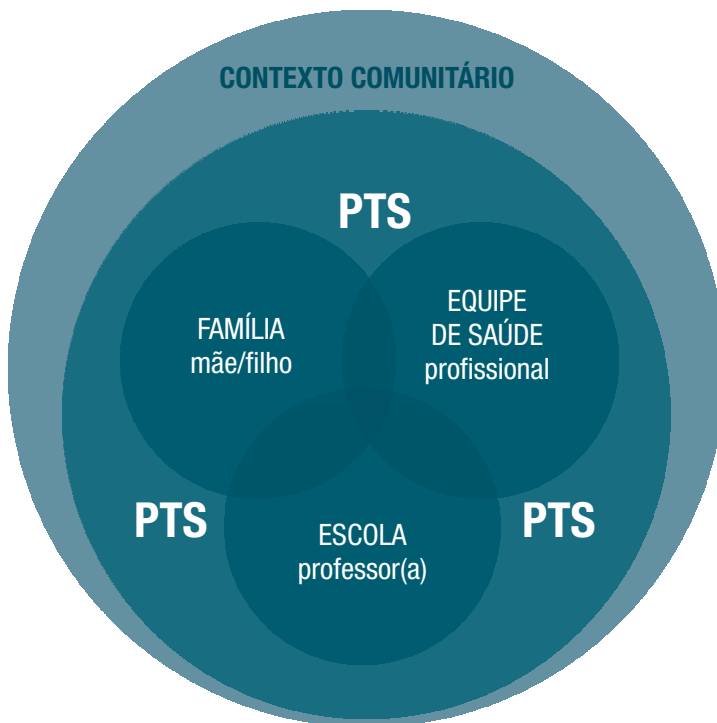


Figura 2 – Contextualização dos sistemas e das inter-relações contidas em uma situação singular ou problema

Esta proposta de reconhecer todos os sistemas que fazem parte de um PTS, por meio dos atores envolvidos na situação singular, permite visualizar como uma situação ou problema, que mobiliza uma equipe, pode ser articuladora de outros focos e de possibilidades. Esta leitura permite analisar, estrategicamente, diferentes descrições do problema e, assim, pode evidenciar novas possibilidades de entendimento do mesmo. Desta forma, na figura acima, podemos observar os sistemas envolvidos: família, escola e equipe presentes na situação singular e que se relacionam entre si pelos possíveis pontos de tensão, os quais podem ser:

- Dificuldades mãe - professora - escola;
- Dificuldades mãe - profissional de saúde - equipe;
- Dificuldades mãe - filho - família.

É interessante apontar que cada sistema tem um representante ou outros protagonistas relacionados à situação e, por isto, se torna estratégico mapear estas interações e as relações com a equipe que está pensando em um PTS. As perguntas que a equipe deve responder em comum acordo inicialmente são:

- Em que sistema está a maior mobilização para a situação ou problema?
- Quais os sistemas que apresentam maior atrito entre eles?
- Qual sistema está gerando essa demanda para a equipe e quais os vínculos dos representantes desse sistema com a equipe?

Por exemplo, um dado que pode aparecer é que a mãe está questionando à equipe por insistência da professora que acolhe o filho na escola. Estas informações, que não aparecem num primeiro momento, são importantes principalmente na orientação que se possa vir a realizar, tanto para a mãe, como também para os professores da escola, sobre a proposta de tratamento do filho em questão. Isto seria um exemplo para buscar aliados nos sistemas envolvidos e torná-los corresponsáveis pelo cuidado da criança.

Por fim, observe também na figura o contexto comunitário como a referência contextual de um PTS, o qual precisa ser levado em conta para visualizar que outros recursos ou elementos do contexto poderiam ser contemplados. Por exemplo, grupos comunitários, seja na escola ou no centro comunitário de reforço escolar, no caso do filho precisar de maior suporte escolar.

Por consequência, isto permite reconhecer quem são os sistemas aliados de nossas ações para potencializá-las, bem como aqueles que podem resistir a propostas de mudanças que uma equipe pode sinalizar para o usuário, para o grupo e também para a equipe de saúde envolvida.

Este exercício de ver os sistemas envolvidos num PTS permite ampliar de forma efetiva a situação ou o problema nas discussões de equipe e principalmente encontrar aliados nos outros sistemas, numa proposta de distribuição das corresponsabilidades quando pensamos ou propomos uma intervenção.

Cumprе destacar que quando a ESF dialoga com os profissionais do NASF em função de uma situação singular ou problema identificado, é muito importante evidenciar as análises realizadas visando uma melhor contextualização das possibilidades e limitações da equipe.

À equipe do NASF, conforme já mencionado, cabe acolher a situação singular identificada com vistas a desenvolver habilidades e competências dos profissionais da Equipe de Saúde da Família instrumentalizando-os para maior resolubilidade da assistência. Isto não impede ou isenta os profissionais do NASF de prestarem assistência conjunta à ESF, mas para tal é imperativo a identificação das reais necessidades e de acordos entre as equipes.



### 2.1.2 Avaliação da situação

Os profissionais com maior vínculo à Situação Singular farão o levantamento do contexto considerado, identificando todos os dados do sujeito, família, número de cadastros, histórico das queixas apresentadas e levantadas, histórico terapêutico, a fim de colocar todos os envolvidos no PTS a par da situação. A delimitação da localização territorial e elementos relevantes deste território devem ser apresentados. Porém, com o cuidado de não limitarem-se às impressões pessoais dos profissionais, acrescentando informações objetivas e principalmente a percepção do sujeito sobre esse território e suas condições.

EXEMPLO CRIADO A PARTIR DA REFLEXÃO SOBRE A APRESENTAÇÃO DE OLIVEIRA (2007)	
Indicado	
Casa própria de alvenaria, dois quartos com tijolos ainda expostos, salpicados de cimento, sem conexão com água encanada, etc. Os moradores afirmam trabalhar com muita dedicação para até o final do ano a casa estar com água encanada e reboco terminado, entre outras coisas.	
Contraindicado	
Casa sem condições de moradia, com muitos detalhes para fazer, etc.	

Quadro 1 – Exemplo de descrição de aspectos observados na visita domiciliar

Para esta etapa é importante que a equipe faça uso de instrumentos já reconhecidos no trabalho terapêutico ou clínico, tais como o genograma que é um instrumento gráfico de fácil utilização e reconhecimento e que congrega diálogos da equipe, questionamentos, reflexões e estratégias de enfrentamento da situação singular.

O genograma é uma representação gráfica utilizada para evidenciar diferentes arranjos familiares. Entende-se por arranjo familiar “grupamento de pessoas que convivem em uma unidade domiciliar, mesmo sem relação de parentesco” (IBGE, 2006). Nesse contexto Mauricio Andolfi (2003), médico e terapeuta familiar, afirma que o genograma utilizado na clínica psicológica e mais especificamente no trabalho com famílias foi um desdobramento do que se conhece como árvore genealógica que tem como principal característica o fato de ser utilizada no contexto da anamnese médica e centralizar-se nos fatores hereditários ou etiopatogênicos.

---

No que diz respeito ao *genograma*, Mauricio Andolfi (2003) o define como uma rede ampla de pessoas e eventos, cujo acesso às informações pode ir além de nomes, idade de todos os membros de uma família, dados de acontecimentos específicos significativos, como: nascimento, casamento, separações, mortes e de outros eventos de relevância particular, focalizando principalmente a *história afetiva dos indivíduos* (p. 134).

---

Essa representação pode agilizar o processo de discussão com os envolvidos compreendendo as relações interpessoais na situação considerada e deve refletir o entendimento de todos sobre a situação e inter-relações do arranjo familiar para que seja útil ao processo, por isso é indicada a construção coletiva a partir dos dados diretos do usuário e complementada pelas informações que os diversos integrantes da equipe possam vir a ter.

O gráfico do genograma assenta em um conjunto de símbolos possíveis de serem usados na sua construção e que auxiliam no seu entendimento. Vejamos os Símbolos Básicos do Genograma representando uma geração familiar, sendo que ele é utilizado também para evidenciar as diferentes gerações: avós, pais, filhos:

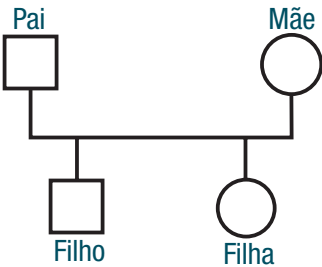


Figura 3 – Exemplos de Símbolos Básicos do Genograma

Símbolos para representar peculiaridades de fatos acontecidos nas três gerações:








- |   |                         |   |                   |
|---|-------------------------|---|-------------------|
|   | Abuso - álcool e drogas |   | Gravidez          |
|  | Separação conjugal      |  | Aborto espontâneo |
|  | Morte                   |  | Aborto provocado  |
|  | Divórcio                |   |                   |

Figura 4 – Símbolos para representar peculiaridades

Símbolos para representar a qualidade relacional da família:



Figura 5 – Símbolos para representar a qualidade relacional da família

Veja no exemplo abaixo os dados contemplados para a construção de um genograma:

### Um caso de violência familiar acolhido no contexto da Atenção Básica:

Andrea, 32 anos, constantemente procura a equipe de saúde por problemas recorrentes de distúrbios gastrointestinais, com sintomas de ansiedade e dificuldade para dormir. Alega, por sua vez, que tem dificuldades com relação ao filho de 9 anos, pois ele não a obedece. Sente-se ambivalente com relação ao menino, pois entende o filho por um lado, já que seu ex-companheiro afetivo, do qual se separou faz pouco tempo, batia nele, mas por outro lado fica com muita raiva pela sua desobediência, chegando em algumas situações a bater nele também. Ao relatar aspectos de sua história de vida, visualiza-se uma história transgeracional de violência. Tendo estes breves dados do caso em mente, observe o genograma realizado com Andrea:

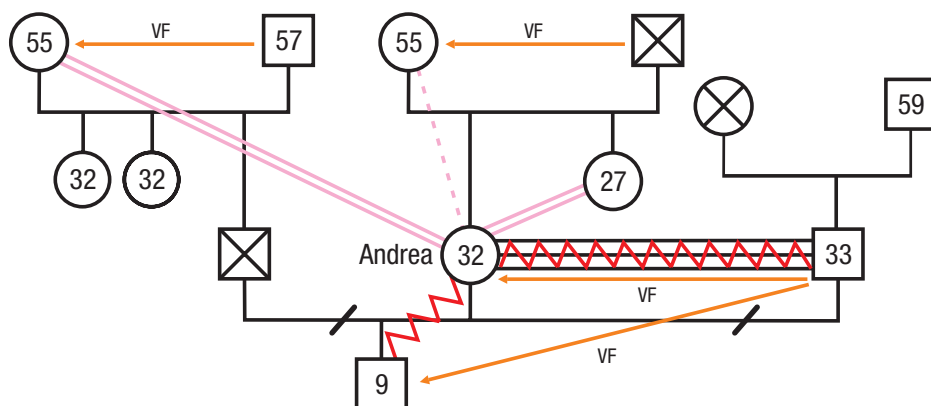


Figura 6 – Genograma de Andrea evidenciando 3 gerações, a partir do filho de 9 anos

Na figura, Andrea (32) aparece ao lado de um quadro marcado com X que representa o esposo falecido e pai do menino de 9 anos, onde o traço em ziguezague representa a situação conflitante e o símbolo interrompido representa a quebra de relação, neste caso por morte do cônjuge. O quadro que representa o falecido esposo está conectado em grupo familiar composto por mãe (55 anos), pai (57 anos), duas irmãs (32 anos). Do mesmo modo, o círculo que representa Andrea (32 anos) está conectado à mãe (55 anos), ao pai (falecido), e a uma irmã (27 anos). Note que Andrea tem uma relação mais íntima com a sogra e com a irmã, e mais distante com a mãe. Também ligada ao círculo que representa a Andrea, está representada a relação conflitante entre ela e o ex-companheiro (33 anos) que agredia o seu filho de 9 anos. Este ex-companheiro está ligado às figuras que representam seus pais (mãe falecida e pai com 59 anos). As siglas VF representam as relações que envolvem violência familiar.

Tendo como referência os símbolos acima, pode-se compreender o genograma construído junto com Andrea como uma radiografia singular, tanto das configurações familiares e eventos importantes na história transgeracional da família, como das evidências da qualidade das relações. Assim, observa-se o fenômeno da violência familiar, representado pela flechas e a sigla VF, tanto no tempo presente, como nas gerações passadas; a ruptura de vínculo com seu companheiro atual; a morte do pai do filho de Andrea e outras mortes de pessoas nas famílias mencionadas.

Por sua vez, é preciso destacar a leitura da qualidade das relações, pois ela permite, de um modo estratégico, ver quem são as pessoas significativas para Andrea em termos relacionais. Por exemplo, no genograma observa-se uma boa relação com a avó paterna do filho e com a irmã, e uma relação de distanciamento com a mãe. Essas pessoas podem ser consideradas aliadas estratégicas para a equipe, quando evidenciada a necessidade de avaliar o suporte relacional significativo familiar de Andrea.



---

### Na Prática

Existem outros recursos gráficos passíveis de serem utilizados, tais como o **mapa de redes**, proposto por Carlos Sluzki (1997), utilizado na intervenção psicológica e familiar, com vistas a mapear o conjunto de pessoas significativas nas áreas da família, das amizades, da comunidade e do trabalho, para uma pessoa ou um grupo, que ofereçam suporte emocional, cognitivo, financeiro e de companhia.

---

### 2.1.3 Definição de hipóteses diagnósticas

Como em todo processo terapêutico, o PTS deve iniciar com três pontos:

1. Com a anamnese do caso em questão. Por isso é importante cada profissional conhecer o caso que será discutido, para poder contribuir com seu olhar e saberes específicos de sua formação. Estes são momentos em que os integrantes da equipe têm que estar atentos aos novos participantes dessa equipe, no sentido de integrá-los e de ficar claro para todos a situação singular em questão, a qual deve ser necessariamente contextualizada, tanto no seu processo de surgimento e configuração, como no contexto comunitário e da equipe.
2. Sempre que possível, como apontado acima, o profissional com maior vínculo com o indivíduo ou a família deve esclarecer junto a estes suas ideias, percepções e sentimentos em relação ao problema em questão e às repercussões em sua vida. Deve buscar ouvir a história de vida deste sujeito e perceber como esse processo foi desencadeado, identificando suas relações sociais, como trabalho, família, religiosidade, entre outros; condições de vida como moradia, saneamento, renda, alimentação e afins; vulnerabilidades biológicas tais como o histórico clínico e familiar, gatilhos emocionais; além de compreender a dinâmica em sua rotina diária.
3. Tomada de consciência também das limitações e potencialidades percebidas pelo sujeito diante dos problemas, para encontrar caminhos que possam ser utilizados para estimulá-lo a participar de sua recuperação e cuidado. E, principalmente, apresentar esses dados, percepções e aspectos para toda a equipe. Cabe pontuar aqui que reconhecer potencialidades e limitações das ações desenvolvidas pelos profissionais é uma reflexão que todo integrante da equipe necessita realizar e compartilhar, pois quando vamos além delas corremos o risco de colocar a equipe em situações de tensão e impotência e de afetar decididamente a efetividade da proposta.

Considerando estes aspectos, cada profissional da equipe de Atenção Básica deve avaliar o caso como na anamnese clínica específica de sua formação. Esse movimento é importante para que cada profissional contribua para a solução dos problemas indicando os caminhos possíveis, pois sem esse compartilhamento de saberes o processo é enfraquecido.

Nesta etapa as explicações sobre as hipóteses serão expostas e discutidas, sem serem descartadas, apenas momentaneamente guardadas, pois futuramente podem ser úteis em um processo de reavaliação.

---

Em todos os momentos do PTS, mas principalmente neste, é importante que todos os profissionais tenham direito à voz e à opinião.

---

Além de possibilitar a ampliação da resolubilidade, essa condição favorecerá o vínculo entre os profissionais envolvidos, e cada um poderá conhecer as potencialidades do outro e sentir-se respeitado e valorizado como membro da equipe.

Isto não exclui a necessidade de um coordenador como mediador do processo, mas que este seja escolhido por ter vínculo mais próximo com a maioria dos profissionais e principalmente do sujeito em questão no PTS.

---

O coordenador ou mediador do PTS deve ter clara a sua corresponsabilidade para com o sucesso do processo, considerando, ponderando e ouvindo a todos os envolvidos, sem assumir postura autoritária, já que ninguém é detentor da verdade absoluta.

---

#### 2.1.4. Definição de metas

Expostas as ideias e entendimentos de cada membro da equipe da Atenção Básica e consideradas as percepções e colocações dos sujeitos, é hora de ponderar as metas da intervenção a curto, médio e longo prazo. Estes estabelecimentos dependerão das necessidades mais urgentes e também das possibilidades de resolução que estiverem ao alcance mais imediato dos profissionais envolvidos. Mas, principalmente, do desejo e aceite do sujeito considerado. Por isso, esta etapa não pode desvincular a relação biopsicossocial do sujeito do problema levantado.

Aqui, chama-se a atenção à possibilidade de realizar esta etapa em duas partes: a primeira com a equipe, para ter clareza da proposta para o usuário ou grupo, protagonista da situação ou problema; a segunda parte pode ser realizada entre a equipe e o usuário ou o grupo, visando enveredar esforços para que a proposta da equipe faça sentido, por isto a importância de ter um integrante da equipe que tenha maior vínculo com a situação, pois ele será o interlocutor privilegiado a dar sequência à pactuação em torno do PTS.

Nesse sentido, o profissional coordenador da situação singular deve levar em conta aspectos que o auxiliem em seus objetivos, tais como:

- **Abrir espaço para as ideias e palavras do usuário.** Sempre considerando suas conexões com o problema, como nos exemplos: meu joelho dói mais quando chove; os crimes na comunidade aumentam quando é lua cheia.
- **Não tornar o diálogo técnico.** Não o torne de difícil compreensão para o sujeito.
- **Não assumir uma postura de neutralidade.** Tanto diante do fato ou de impossibilidade de intervenção ou conformidade, tampouco assumir uma postura prescritiva, comum ao modelo biomédico, onde o lugar do sujeito é de passividade diante do **tratamento** e alheio a sua determinação.

Veja algumas questões-guias que podem nortear a discussão no grupo que desenvolve o PTS:

- O que é ou pode vir a ser produzir saúde na situação considerada?
- O que é ou pode vir a ser produzir autonomia?
- Como prevenir agravos futuros?
- Como melhorar a qualidade de vida?
- Quais necessidades são mais urgentes?
- Quais necessidades terão de ser adiadas?
- Quais conexões intersetoriais são necessárias ou podem ser utilizadas?
- Com que aliados, efetivamente, no meio comunitário, familiar, institucional e de trabalho, posso contar para propor uma mudança da situação identificada?
- Detentores das possibilidades de intervenção indicadas pelo envolvidos, das necessidades e desejos dos sujeitos, estão abertos ao momento das negociações?

### 2.1.5 Divisão de responsabilidades

O PTS visa acima de tudo à autonomia do sujeito sobre suas condições de vida e saúde por meio da busca de seu protagonismo. Por isso é essencial que parte das responsabilidades terapêuticas seja assumida por ele. Isso não exime os profissionais da saúde do compartilhamento das corresponsabilidades e do acompanhamento do caso a curto, médio e longo prazo. É interessante lembrar que um aspecto pertinente à AB é a longitudinalidade, a continuidade do processo de trabalho em saúde.

Algumas intervenções também exigirão dos profissionais ações específicas que caracterizam suas ações profissionais ou conhecimentos específicos. Muitas vezes estes profissionais são os que deverão fazer a conexão com outros níveis de atenção à saúde e mesmo intersetoriais, buscando alternativas que contribuam para a solução dos problemas. Essas ações devem ser pactuadas e em alguns casos compartilhadas entre os membros das equipes da Atenção Básica.

Oliveira (2007) orienta a construção de um cronograma de ações com a identificação dos responsáveis específicos para elas.

---

Nesse cronograma é interessante constar a periodicidade de reavaliação do caso, considerando o tempo necessário para produção do efeito desejado, assim como a tolerância que não signifique riscos ou danos aos sujeitos, e principalmente que as equipes não percam a familiaridade com o caso.

---

Para esta etapa render bons resultados será importante, mais uma vez, o exercício do diálogo e a corresponsabilização diante do caso. O respeito à opinião e voz do outro em um ambiente que todos compreendam que não há saber superior, apenas diferente. Este exercício fortalece o grupo e amplia a sua eficiência.

### 2.1.6. Reavaliação

Por se tratar de uma ferramenta de assistência à saúde, é pertinente que se reavalie o caso elencado no PTS periodicamente retomando as metas estabelecidas e as situações atuais ao momento da reavaliação. Moré e Macedo (2006), a partir da experiência da escuta comunitária na perspectiva psicológica, chamam a atenção para os indicadores de mudança de uma situação, os quais podem emergir em qualquer momento do processo, não havendo condições específicas prévias para o seu aparecimento. Tais indicadores, presentes em novas informações, podem resultar em novas descrições do problema que podem confirmar também as ações que estão sendo realizadas, que por sua vez podem levar a novos ângulos de ver a situação singular. Isto pode implicar tanto em sua resolução, quanto em uma nova forma de compreendê-la.

Novamente, todos devem ter voz, considerando e reconsiderando as propostas e condições do caso. Buscando identificar e ajustar a proposta inicial às novas necessidades e resoluções atingidas, considerando as hipóteses anteriormente descartadas na primeira etapa de construção de hipóteses diagnósticas e também da proposta de intervenção.



---

#### Na Prática

Este deve ser um momento de reconhecimento das falhas, mas também das conquistas, em que o grupo compartilha da força de superação e estímulo para vencer novos desafios.

---

Para isso o grupo deve observar, principalmente:

- A escolha dos casos para a reunião de PTS e se ainda há necessidade de toda a equipe da Atenção Básica continuar acompanhando o caso ou apenas alguns profissionais.
- Se o profissional responsável por acompanhar o caso mantém a motivação e a condição de continuidade do PTS junto ao sujeito.
- Se os vínculos foram fortalecidos e quais são as medidas para manutenção ou melhora desses laços.
- Se o tempo e frequência de desenvolvimento das reuniões de PTS estão sendo suficientes e aproveitados.



- Se este é um processo desejado pela gestão local e municipal, e como se pode sensibilizar os gestores para esta necessidade.
- Se os PTSs estão surtindo mudanças nas realidades envolvidas.

Estas e outras questões devem fazer parte da rotina, sem burocratização do processo, das equipes da Atenção Básica. Porém, cada realidade determinará suas necessidades e o vínculo entre os profissionais envolvidos contribuirá para seu melhor desenvolvimento.

Independente do caso escolhido pela ESF e pelos profissionais do NASF, é importante que os profissionais não tenham uma postura imediatista diante dos fatos, comum ao modelo assistencial biomédico. Reiteramos que a AB pressupõe complexidade e longitudinalidade, por isto é importante considerar essa realidade.

É interessante também que os profissionais não desconsiderem casos pressupondo incapacidade diante dos fatos, principalmente em casos com prognósticos menos favoráveis. E que os profissionais do NASF, recém-inseridos na AB, não assumam uma postura ansiosa por reconhecimento e espaço. Com a construção do vínculo com as ESFs e usuários, com o desenvolvimento do trabalho matricial ou assistencial, fatalmente a interdependência entre os membros das equipes surgirá e cada um demonstrará como a sua atuação é importante para o processo de trabalho.

A figura ao lado representa como as equipes se conectam umas as outras e ao contexto maior que seria o cenário da atenção básica. É nos seus pontos de encontro que se sustenta a construção do PTS. As equipes devem buscar os pontos em comum que permitam o **encaixe**, simbólico de movimentos comuns entre os diferentes sistemas envolvidos e a busca da coerência na construção das ações de saúde à luz dos contextos de intervenção.



Figura 7 – Interconexão das equipes de Atenção Básica e realidade

## 2.2 Gerenciamento de Equipe no PTS

O grupo de desenvolvimento do PTS é institucional e visa aumentar o rendimento e a produção assistencial, mas também obter harmonia no processo de trabalho entre profissionais (MOREÍ; RIBEIRO, 2010).

O trabalho multiprofissional está implantado na Atenção Básica, ou seja, atuam vários profissionais de várias categorias neste nível de atenção. O que não está difundido ainda, na grande maioria dos serviços em saúde, é a interdisciplinaridade, isto é, a formação de um grupo com efetiva conexão entre os saberes desses profissionais na maioria das realidades assistenciais. A formação em saúde ainda fragmentada e compartimentada, peculiar ao modelo biomédico, é o que dificulta

a formação de um grupo de assistência à saúde entre os profissionais da Atenção Básica. Para que a construção da postura interdisciplinar ocorra, momentos de interação e trocas de saberes são necessários; assim como a compreensão de que as partes formam o todo, os profissionais de diversas categorias formam a assistência à saúde e o PTS constitui uma das possibilidades de interlocução entre as diversas profissões que atuam na Atenção Básica.

Os profissionais da Atenção Básica devem pressupor o desligamento das hierarquias institucionalmente pré-estabelecidas. Todos os envolvidos devem assumir uma coesão que permita o desenvolvimento de mecanismos gerenciais próprios a serem acordados entre os participantes. As emoções devem ser consideradas e trabalhadas de forma que contribuam para o processo, permitindo uma interação afetiva entre os envolvidos, configurando características próprias de um grupo. Pois, “é justamente a capacidade de reconhecer singularidades, a meta comum e ação interativa entre indivíduos que formam um sistema humano ou um grupo” (MORE; RIBEIRO, 2010).

O trabalho em grupo pode ser bastante vantajoso para os profissionais, não apenas pela resolução dos problemas assistenciais em si, mas também para terem um espaço onde possam compartilhar suas ansiedades, definir seus papéis e suas identidades. Para que isso ocorra de forma operativa, os conflitos devem ser trabalhados e resolvidos entre os envolvidos. E é nessa hora que o mediador entra em cena.

Tendo como referência o trabalho de Moré e Ribeiro (2010), o mediador do processo de trabalho no PTS deve possuir algumas características:

- empatia, ou seja, projeção imaginária na tentativa de compreender o outro;
- não favorecer a discriminação de qualquer integrante do grupo;
- aceitar os novos modelos de identificação que seus colegas possam assumir;
- ser franco;
- ter senso de humor, facilitando o processo;
- ter poder de agregar as ideias e sintetizá-las em ações concretas;
- identificar e intervir nas ameaças à coesão do grupo, como em casos de formação de subgrupos, abstinência de comunicação ou entre integrantes, atrasos, ausências ou similares.

O trabalho em grupo propicia a construção de vínculos positivos e recíprocos, porém, conflitos irão surgir e devem ser resolvidos no grande grupo. Por isso é importante trabalhar alguns sentimentos modificando-os para que não ameacem o processo de trabalho. Dentre estes sentimentos os principais são: rivalidades, preconceitos, resistência às mudanças.

Mas a modificação dessas atitudes extrapola a capacidade de intervenção do mediador do grupo. O que ele pode fazer é identificar os problemas, mostrá-los ao grupo e oportunizar momentos de resolução destes. Mas as transformações dependem dos indivíduos e de suas motivações, e para que essas modificações sejam efetivas é preciso desenvolver algumas competências que serão vistas a seguir.

## 2.3 Competências e Motivação para a atuação em PTS

A efetivação do PTS implica a compreensão de vários conceitos e ideologias, mas além desses aspectos necessita que o indivíduo desenvolva competências com vistas às modificações nos processos de trabalho e, principalmente, interação com os outros profissionais e usuários, por fim, que o profissional encontre motivações para o desenvolvimento de seu processo de trabalho em equipe.

Cabe aqui apontar que a competência, segundo Fleury (2001), não se limita a um estoque de conhecimentos teóricos e empíricos detido pelo indivíduo, nem se encontra encapsulada na tarefa. A competência do indivíduo não é um estado, não se reduz a um conhecimento ou *know how* específico.

### Os três eixos: pessoa, formação educacional e experiência profissional.

Segundo Le Boterf (1995), a competência pode ser compreendida a partir da interseção de três eixos formados pela pessoa por meio de sua biografia e socialização, pela sua formação educacional e pela sua experiência profissional. Nesse sentido, e seguindo o raciocínio do autor mencionado, competência é o conjunto de aprendizagens sociais, comunicacionais e profissionais que sustentam um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, os recursos e as habilidades num contexto profissional determinado.

Por sua vez, motivação é a energia propulsora inerente ao indivíduo que o leva a agir em prol de algum objetivo, constitui a força que cada indivíduo possui e que o conduz a um determinado comportamento (CHIAVENATO, 2011).

Sem o desenvolvimento das competências individuais e da motivação de cada profissional da AB, as reuniões para o desenvolvimento do PTS não terão êxito. É correto pensar que a competência e a motivação são individuais, podendo apenas ser favorecidas. Para desenvolver a motivação, o indivíduo deve continuamente encontrar o que lhe satisfaz no desenvolvimento do PTS, pois será o desejo de satisfação que o impulsionará à participação e interação com o grupo.

---

Entre as principais motivações na atuação profissional estão: o reconhecimento, a aceitação pelo grupo, a autorrealização em sua atividade.

---

Deve-se ter cuidado com a ansiedade que essas motivações podem causar no processo de trabalho. Especialmente no caso dos profissionais recém-chegados ao grupo.

Assim que for incluído em um grupo, o indivíduo deve ter zelo e paciência, sem desmotivar-se, pois o reconhecimento e a coesão ao grupo serão construídos pouco a pouco. É essa conexão crescente, desde que exercitada, que facilitará o processo de trabalho e a melhora da assistência em saúde.

Associada à motivação está a percepção, que é individual e não necessariamente corresponde à realidade, mas à interpretação que cada um faz dessa realidade. Para que a percepção distorcida não prejudique o desempenho no grupo é preciso valer-se de outra ferramenta, o *feedback*, na retroalimentação ou retroinformação. O exercício contínuo de repensar suas atitudes associado à comunicação entre os envolvidos sobre os processos vividos, de modo estruturado e oportuno, facilita a modificação do comportamento e a atuação no grupo (MOSCOVICI, 1997).

Segundo a autora acima mencionada, a estrutura do processo de *feedback* útil deve envolver:

- A descrição do evento sem julgamentos, pois um relato direto propicia ao interlocutor e a si mesmo um momento para repensar os ajustes que seriam possíveis à situação vivida.
- A especificação direta do fato considerado problema.
- A consideração das necessidades e dos desejos de todos os envolvidos no processo de *feedback*, ou seja, não assumir a postura de “o problema dele ele que resolva”, ou “eu quero é saber dos meus problemas”, ou ambos.
- O direcionamento do processo de *feedback* para comportamentos mutáveis, em caso contrário apenas gerará frustração.
- A construção da interlocução, evitando a imposição de comportamentos ou atitudes.
- O diálogo imediato, pois a oportunidade está no momento que o comportamento é observado, por isso não deixe para depois.
- A verificação de que os envolvidos compreenderam o processo tal qual ele foi desejado, solicitando que exponham sua percepção.

Ao emitir *feedback* você deve expor suas próprias opiniões sobre como o comportamento do outro lhe afeta ou interfere em seu processo de trabalho, evitando falar por outros. Ao receber um *feedback* você precisa reconhecer como os seus comportamentos afetam seus colegas e as atividades deles.

---

A comunicação no processo de *feedback* deve ser: clara, objetiva, específica. Evite generalizações e julgamentos, exemplifique de forma convincente, utilize tom de voz não impositivo, autoritário ou agressivo e evite descrever intenções imaginadas ou interpretar o comportamento observado. Prepare-se para justificar suas exposições e a possível não aceitação delas (CHIAVENATO, 2011).

---

Quando receber *feedback*, ouça com atenção, reconheça as necessidades de mudança em seu comportamento, evite contestar e justificar suas atitudes descritas, pergunte caso não compreenda algum apontamento e exponha como compreendeu o *feedback* para verificar e ajustar as interpretações corretamente. Identifique no *feedback* uma oportunidade de aprimoramento pessoal e do grupo, e principalmente busque alternativas de mudanças possíveis (CHIAVENATO, 2011).

Se você deseja evitar receber *feedback*, exercite o autoconhecimento, ou seja, monitore suas ações e reações com vistas a identificação dos próprios sentimentos. Esta atitude potencializará sua capacidade assistencial e inter-relacional, melhorando sua qualidade de vida em seu ambiente profissional, afinal seu trabalho também é parte de sua saúde.

No contexto dos estudos de clima organizacional e de acordo com Williams (2005), a falta de *feedback* pode ser visualizada por baixo nível de produção, dificuldade de relacionamento, pouca iniciativa e linguagem corporal. “Oferecer *feedback* eficiente é uma das técnicas mais poderosas de comunicação. Quando melhoramos nossa habilidade de *feedback*, estabelecemos um processo de compreensão, respeito e confiança em uma relação” (WILLIAMS, 2005, p. 59).

Como outras habilidades, pode-se aprender a dar e a receber *feedback*, bastando que os profissionais estejam abertos a emitir e a ouvir opiniões sobre seu desempenho. Para ajudar nesse processo, segundo o autor acima mencionado, é bom ter em mente as seguintes questões:

- Como estou agindo?
- Vocês estão me entendendo?
- Estou sendo claro?

O *feedback*, portanto, sustenta um exercício de reflexão em torno do autoconhecimento, e por consequência pode vir a aprimorar habilidades comunicacionais, sobre as quais se apoia o sucesso de um PTS.



## Leitura Complementar

Para melhorar a relação interprofissional, é interessante conhecer outras experiências ou modelos de atuação. Para isso, conheça estes materiais nos quais você pode encontrar conteúdo para refletir sobre a aplicabilidade deles em sua realidade profissional, respeitando suas competências e especificidades profissionais: SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. **A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família**. Arquivos Catarinenses de Medicina v. 32. n. 4, 2003. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/153.pdf>> TESSER, C. D. **Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde**: contribuições pouco exploradas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 (8):1732-1742, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n8/09.pdf>>

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta segunda unidade mostramos os passos necessários para se conseguir colocar em prática os pontos que estruturam um Projeto Terapêutico Singular, desde o início da pactuação sobre uma Situação Singular até o acompanhamento da reavaliação periódica.

Suas etapas de construção foram claramente elencadas, iniciando com o reconhecimento da necessidade de um caso desenvolver um PTS, no momento em que uma série de questões-guias são avaliadas procurando encontrar outros encaminhamentos ou respostas e verifica-se o PTS como sendo o melhor caminho.

A multiplicidade dos sistemas interconectados que permeiam os envolvidos em um PTS foi analisada visando mostrar a complexidade de sua implementação. Foram expostos com detalhes os cuidados para garantir uma boa avaliação e também o uso do genograma para evidenciar diferentes arranjos familiares, incluindo um exemplo de avaliação da qualidade relacional da família.

A definição de hipóteses diagnósticas foi identificada em seus três pontos principais, e além da definição das metas e da divisão de responsabilidades, a reavaliação também foi enfocada.

Por fim, os pontos-chave do gerenciamento da equipe foram expostos, e também o desligamento das hierarquias institucionalmente pré-estabelecidas, chegando até as competências geradas da interseção dos três eixos: pessoa, formação e experiência profissional.

## REFERÊNCIAS

ANDOLFI, M. **Manual de psicologia relacional: la dimensión familiar**. Colômbia: Ed. La Silueta Ediciones Ltda, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria** n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

CHIEVANETTO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 8. ed. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 2011.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Rev. Adm. Contemp.**, 2001, v. 5, n. spe, p. 183-196, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Síntese de Indicadores Sociais**. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_impressao.php?id\\_noticia=774](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=774)>. Acesso em: 20 out. 2012.

LE BOTERF, G. **De la compétence: essai sur un attactem étrange**. 4.ed. Paris: Lés éditions D’Organizations, 1995.

MARODIN G.; MALDANER O. A. Relação educativa entre farmacêutico e usuário em postos de distribuição de medicamentos da rede pública. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 27 n. 4, p. 610-17, dez. 2006. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4647/2563>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

MIRANDA, F. A. C.. **Fisioterapia na atenção básica: uma proposta de apoio**. 2011. 207f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PGSC0027-D.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2012.

MORÉ, C. L. O.; MACEDO, R. M. S.. **A psicologia na comunidade: uma proposta de intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MORÉ, C. L. O. O.; RIBEIRO, C. **Trabalhando com Grupos na Estratégia Saúde da Família**. Florianópolis: UFSC, 2010.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1997.

OLIVEIRA, G. N. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

PFUETZENREITER, M. R.; ZYLBERSZTAJN, A.; AVILA-PIRES, F. D. de. Evolução histórica da medicina veterinária preventiva e saúde pública. **Ciência Rural**, Santa Maria, v. 34, n. 5, p. 1661-1668, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cr/v34n5/a55v34n5.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2012.

RONZANI, T. M.; RODRIGUES, M. C. O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. **Psicol. cienc. prof.**, v. 26, n. 1, p. 132-143, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v26n1/v26n1a12.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2003. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/153.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1997.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n8/09.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2012.

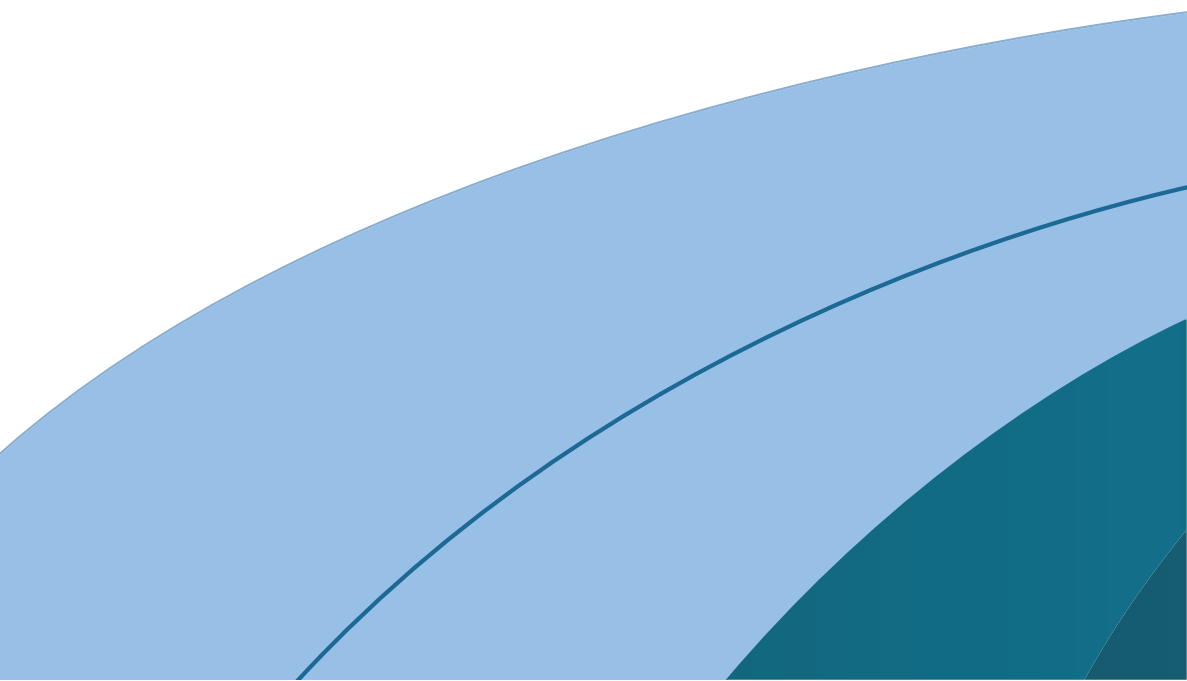
WILLIAMS, R. **Preciso saber se estou indo bem**: uma historia sobre a importância de dar e receber feedback. Rio de Janeiro: Editora Sextante, 2005.





Projeto Terapêutico Singular

# Unidade 3



## 3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO DESENVOLVIMENTO DO PTS

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tem por objetivo a busca de soluções a partir de problemas enfrentados na rotina da assistência, considerando as experiências individuais, com vistas às modificações da prática profissional, na instituição e nas práticas de ensino.

---

A Educação Permanente em Saúde não visa apenas à capacitação dos profissionais da área, ou seja, a aprendizagem de um tema ou desenvolvimento de competências específicas e pontuais, é um processo de ensino aprendizagem sustentado pela reflexão sobre a ação e para a ação.

---

Como processo, não tem início ou fim, não é pontual, tampouco apenas repasse de conceitos ou técnicas, mas sim um aprender a aprender, individual e coletivamente, com o compartilhamento de saberes e experiências entre os envolvidos.

Esses são entendimentos essenciais para a concretização do Projeto Terapêutico Singular. Entender que além de ensinar, o profissional da Atenção Básica compartilha saberes, ensinando e aprendendo com a sua prática e com a prática dos outros envolvidos no planejamento da assistência e, ainda, durante a própria assistência.

A aprendizagem compreende o desenvolvimento de novos critérios ou capacidades para a solução de problemas e a identificação das capacidades e critérios já desenvolvidos mas ainda insuficientes para a resolução desses problemas. E no caso da saúde, ainda sob o jugo do modelo assistencial hegemônico, biomédico, o exercício da reflexão sobre a ação para a ação é essencial a fim de atingir uma assistência ampliada às condições biopsicossociais dos sujeitos.

### 3.1 A Educação Permanente não constitui Educação Continuada

Educação Continuada pressupõe contiguidade ao ensino acadêmico e seus modelos didático-pedagógicos como: apresentações orais, disciplinas, avaliações, conceitos, entre outros, visando à preparação para a prática profissional.

Enquanto a Educação Permanente percorre o caminho contrário, a prática profissional viabiliza a aprendizagem durante a atuação estimulando a problematização do fazer no próprio lócus assistencial e assumindo como metodologia a interação entre os envolvidos e as disciplinas que permeiam seu saber.

Ceccim (2005) indica diversos aspectos que dificultam o aperfeiçoamento contínuo dos profissionais da saúde. As dificuldades de acesso ao conhecimento que os profissionais que residem distantes dos grandes centros urbanos enfrentam é um destes aspectos, pois nestes lugares se encontra a maior disponibilidade à educação; a velocidade de formação de novas tecnologias assistenciais, aqui compreendidas como novos saberes além de aparatos tecnológicos; o predomínio da formação para atuação hospitalar e centrada nos aspectos biológicos; o distanciamento das realidades biopsicossociais e culturais que envolvem o processo saúde-doença e suas subjetividades que a formação científica impõe à formação dos profissionais da saúde.

O mesmo autor orienta como caminho para a melhoria da assistência à saúde, justamente a conexão com a interdisciplinaridade, com a formação de equipes multiprofissionais, e práticas profissionais que viabilizem o compartilhamento de saberes, trocas de experiências. Por sua vez, pontua que para:

produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, que sejamos capazes de problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde, pelo menos no nosso caso (CECCIM, 2005, p. 165).

É neste desenvolvimento que o profissional da saúde, em conjunto aos demais, encontrará seu protagonismo, sua autonomia em seu processo de trabalho, gerindo sua atuação e sua formação, ampliando sua capacidade resolutive. Nessa perspectiva é possível perceber a proximidade entre Educação Permanente e Projeto Terapêutico Singular, em seus processos e principalmente em seus objetivos. Essa proximidade não constitui coincidência, é permeada pela intenção de ampliar a resolubilidade na assistência à saúde. Porém, como já vimos, necessita de um momento de encontro, a formação de um grupo para sua efetivação. É nessa direção que é possível criar questionamentos efetivos para o modelo de assistência compartimentado em especialidades.

---

Apesar da semelhança, Educação Permanente não é sinônimo de Projeto Terapêutico Singular.

---

A Educação Permanente constitui um modelo de ensino-aprendizagem para a transformação da prática, enquanto o PTS é uma ferramenta de produção da assistência, um “modo de fazer” que contribui para a efetivação da assistência mais resolutive e que estimula a reflexão sobre o que se pretende fazer, o que se faz e como melhorar a ação, peculiar a um grupo.



Para compreender o surgimento da educação permanente e suas diversas vertentes disciplinares, leia o artigo de Ricardo Burg Ceccim “Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário” de 2005.

Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista16/debate1.pdf>>.

Para conhecer um relato de experiência de implantação da Educação Permanente em Saúde vivido em um município do interior do estado de São Paulo, acesse o trabalho: Carotta, F.; Kawamura, D.; Salazar, J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalho. Saúde e Sociedade, v. 18, supl. 1, jan./mar. 2009.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s1/08.pdf>>.

---

### 3.2 Alternativas para as dificuldades encontradas no desenvolvimento da Educação Permanente e do Projeto Terapêutico Singular

A rotina dos profissionais da Atenção Básica apresenta problemas cuja solução vai além dos saberes específicos dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família. Apesar de seus esforços, o indivíduo, os grupos ou as comunidades adscritas trazem, ou esses profissionais percebem em sua assistência, problemas tão complexos que requerem o auxílio de outros profissionais da saúde e mesmo de outros setores, além do setor da saúde, nem sempre disponíveis ou compreendidos.

A literatura apresenta algumas dificuldades percebidas na prática de profissionais da Atenção Básica. A principal delas está justamente nos sujeitos envolvidos. Pois a formação de todos é baseada na conservação e manutenção de padrões e modelos de pensamentos e atitudes, e qualquer modificação pode causar desconforto, medo e até mesmo resistência às mudanças (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Outra realidade a ser enfrentada e negociada é o apoio do gestor aos processos de construção coletiva da Educação Permanente e do Projeto Terapêutico Singular, explicitamente com reservas de horários durante a atuação profissional. É preciso sensibilizar o gestor para as questões já apontadas nesse conteúdo, em especial a ampliação da compreensão e implementação do modelo de atenção à saúde pela determinação biopsicossocial do processo saúde-doença e da ampliação da resolubilidade da assistência por meio do aprimoramento profissional permanente que a educação crítico-reflexiva permite.

Nesse sentido cumpre estar atento ao engessamento burocrático desse processo de interação entre os profissionais e sujeitos. É importante criar agendas que reflitam a necessidade na realidade considerada, respeitando, também, o desejo do compartilhamento de saberes a ser sensibilizado em todos os envolvidos.

O gestor precisa conhecer também a interferência que a rotatividade profissional exerce sobre o processo de trabalho compartilhado, além de desenvolver estratégias motivacionais nas equipes da Atenção Básica.

Outro problema técnico operacional para o reconhecimento da resolubilidade que o PTS e a Educação Permanente em saúde promovem, está na dificuldade de se estabelecerem parâmetros de avaliação antes e após as intervenções. Isto, de certa maneira, poderia ser resolvido inicialmente com o levantamento de indicadores epidemiológicos antes e após a intervenção. Esses dados poderiam contribuir sobremaneira durante a negociação com os gestores, cujo entendimento se ancora no pressuposto de que a qualidade da assistência em saúde deve ser mensurada pela produtividade.

É importante apontar aqui, e a luz das ideias expostas neste módulo, que o gerenciamento do próprio processo e desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular pode se constituir num grande desafio a ser vencido na prática. Principalmente quando os envolvidos não compreendem ou não possuem habilidades e competências capazes de abrir espaço ao compartilhamento de saberes, à escuta e o devido respeito às experiências e saberes dos outros envolvidos.



### Leitura Complementar

Referências interessantes da relação do trabalho e educação permanente são descritas nos trabalhos abaixo:

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. D. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14 (1):41-65, 2004.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, out./dez., v. 10, n. 4, 2005.

Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63010420.pdf>>

---

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade o compartilhamento de saberes é visto como uma parte importante do PTS, e embora tenha muitas semelhanças com a Educação Permanente, enquanto um é *modus operandi*, ou um modo de fazer o trabalho, o outro é um modelo de ensino focado na transformação da prática. São também levadas em conta as dificuldades geradas pela diversidade de profissionais que trocam entre si os conhecimentos, exigindo a atenção e a compreensão de todos os envolvidos, visto que é preciso criar oportunidades de troca e de manutenção desses conhecimentos.

Por fim, é possível notar a importância do compartilhamento de saberes na operacionalização do PTS, tendo em vista a grande possibilidade de entraves e dificuldades que precisam ser transpassadas. Sendo um processo, está sempre em andamento sustentado pela reflexão sobre a ação e para a ação.

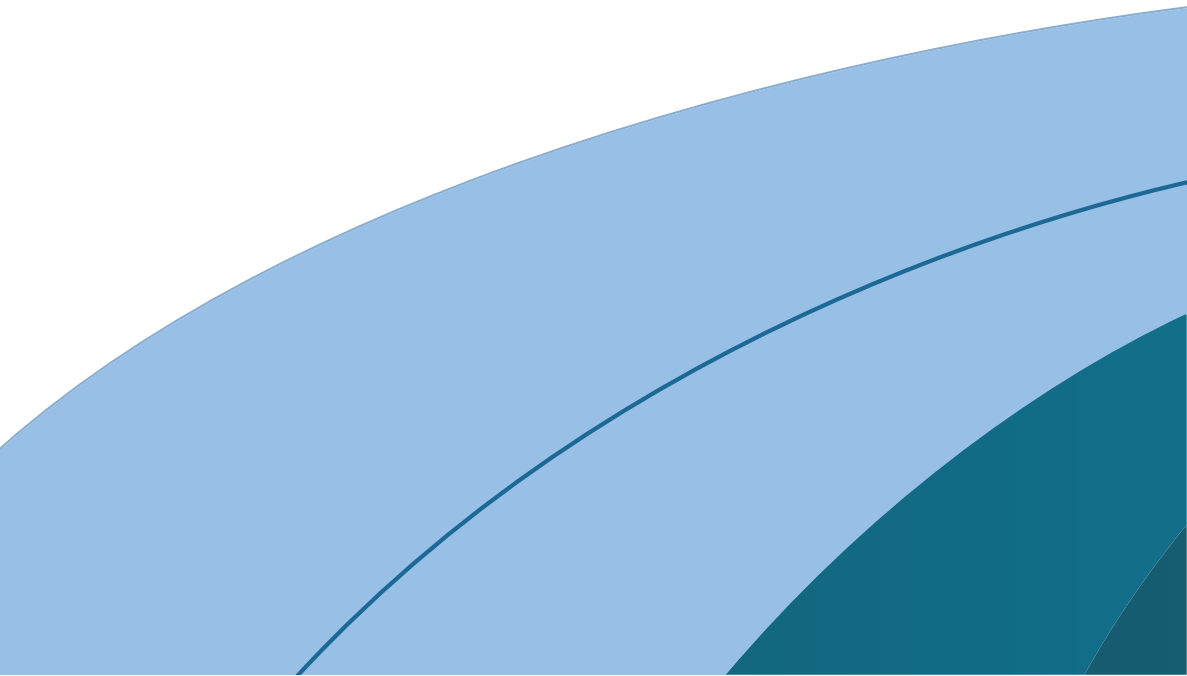
## REFERÊNCIAS

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.** v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004 /fev. 2005.

Projeto Terapêutico Singular

# Unidade 4





## 4 PRÁTICAS EXITOSAS DE DESENVOLVIMENTO DE PTS NA ATENÇÃO BÁSICA

Nesta unidade são apresentados alguns casos de desenvolvimento de Projeto Terapêutico Singular na prática assistencial de equipes de saúde em diferentes níveis de atenção. A intenção é ilustrar que o desenvolvimento do PTS deve respeitar as particularidades das instituições, dos profissionais envolvidos e disponíveis para a participação, mas, principalmente, a singularidade das necessidades dos sujeitos-alvo das intervenções.

Chama-se a atenção para dois aspectos:

1. Estarmos sempre atentos para evitar a exclusão do ator principal do processo, o usuário, pois se assim o fizermos estaremos realizando uma discussão de caso clínico.
2. As etapas de um processo de PTS, apresentadas neste módulo de forma didática, devem ser vistas como uma proposta de ação-guia, cabendo ao profissional a necessária flexibilização das mesmas, sem perder o objetivo-fim do PTS e os contextos de atuação.

Assim, e tendo como referência o conteúdo apresentado, acreditamos que o aspecto a ser destacado no desenvolvimento do PTS é o envolvimento e olhar de todos ao contexto complexo que envolve a assistência em saúde. É nesse envolvimento que podemos gerar as bases para favorecer a modificação da concepção do processo de saúde-doença e sua assistência.

### 4.1 O caso de Sobral – CE

Em estudo desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Sobral - CE, Pinto et al. (2011) puderam acompanhar o processo de trabalho da equipe local em interação com a Equipe de Saúde da Família e descrevê-lo. Os autores descrevem que o processo é iniciado com o usuário, sendo mantido o foco de assistência em sua realidade e contexto biopsicossocial, suas necessidades de saúde com o compartilhamento das responsabilidades e propostas de intervenção entre ele, os profissionais da saúde envolvidos e familiares. A porta de entrada para a assistência dos usuários, segundo relato, é sempre a Unidade de Saúde da Atenção Básica, e será a equipe deste nível de atenção à saúde que fará a avaliação inicial e, se necessária, a solicitação de apoio à equipe de referência e discussão do caso, em encontro mensal pré-agendado. Neste momento é iniciado o PTS para o caso, com o levantamento de sua história de vida e queixas.

Quando encaminhado ao CAPS em questão, esse usuário é acolhido por profissional responsável que irá realizar uma escuta acolhedora, favorecendo o vínculo, a corresponsabilização e a construção da autonomia do sujeito. Então ocorre a abertura do prontuário, o exame físico e a complementação do histórico conforme as necessidades daquele usuário e os conhecimentos específicos da equipe de apoio. O desenvolvimento do PTS ocorre em discussão que envolve o usuário, familiares e todos os profissionais envolvidos da unidade de saúde e do CAPS, e é sempre ajustado às necessidades do usuário e a sua evolução. Estes autores reforçam a importância de se manter o compartilhamento de saberes e responsabilidades entre os profissionais envolvidos no desenvolvimento do PTS, além da manutenção do acolhimento e vínculo durante todo o processo.

## 4.2 Um caso na Atenção Básica

O relato de experiência de Silva et al. (2010) envolveu uma família com diversos problemas de saúde e em vulnerabilidade biopsicossocial, o acompanhamento foi alavancado por problema envolvendo um dos filhos da família composta por pais e 4 filhos. O caso foi acompanhado em Unidade Básica de Saúde e envolveu a equipe de residentes multiprofissionais de Saúde da Família, composta por: uma psicóloga, duas enfermeiras, um dentista, um fisioterapeuta e um profissional de educação física, a coordenadora da unidade, a tutora de campo da residência, um médico e uma agente comunitária de saúde. Reconhecida a necessidade de acompanhamento que envolvesse múltiplos saberes, o caso foi iniciado com levantamento de todo o histórico e diagnóstico familiar, a fim de que as ações fossem planejadas. A psicóloga foi escolhida para coordenar o PTS por ter maior vínculo com a família, os encontros para desenvolvimento do projeto ocorreram semanalmente com duração de uma hora e meia cada um. A partir do reconhecimento das necessidades da família, estabeleceram-se metas e foram acordadas as responsabilidades sobre cada ação que envolveu outras instituições de saúde e outros setores.

O grupo orienta a necessidade de construção do vínculo com a família, pois reconhece essa construção como fundamental para a aderência ao processo terapêutico e principalmente para o desenvolvimento da autonomia dos envolvidos, já que eles passam a compor os planos de intervenção.

### 4.3 O caso de Santa Maria – RS

Em experiência vivida no Rio Grande do Sul, no município de Santa Maria, Flach et al. (2010) relatam a construção de PTS em duas Unidades Básicas de Saúde envolvendo estagiários de enfermagem e equipe interdisciplinar formada por: professores e acadêmicos de enfermagem em estágio curricular, Equipe de Saúde da Família, psicólogo, assistente social, psicopedagoga, conselheiro tutelar, em alguns casos, com o apoio de uma advogada, comunidades envolvidas e usuários, além de profissionais e instituições de outros setores. Neste PTS, em particular, os casos selecionados para o seu desenvolvimento iniciaram com o reconhecimento das necessidades de saúde indicadas pelo Sistema de Informações da Atenção Básica como SIAB e SIS/SUS, além das informações trazidas pelas famílias, diagnósticos clínicos apresentados pelos profissionais de saúde, e indicações feitas pelos usuários das unidades.

A construção do PTS sempre envolvia toda a equipe e os usuários, desde o reconhecimento dos problemas, passando pelo estabelecimento de metas, pela pactuação de responsabilidades e corresponsabilidades e pelo estabelecimento de cronograma de reavaliação do processo. Os desenvolvimentos desses projetos foram feitos semestralmente, e os indicadores de saúde demonstraram melhora das condições de vida e saúde da região. Os autores afirmam que o mais importante para o sucesso no desenvolvimento de PTS é o envolvimento de profissionais e usuários e, também, das parcerias intersetoriais.

---

Em todos os relatos o aspecto mais importante é reconhecidamente a construção do vínculo dos membros da equipe com o usuário e a família.

---

A partir dos vínculos construídos, aspectos diferentes ilustrarão a situação e diferentes opções terapêuticas serão apontadas, de acordo com a intensidade e qualidade desses vínculos. Outro aspecto importante descrito nestes trabalhos é a autonomia do usuário, que segundo os autores, deve ser a principal meta do desenvolvimento do PTS e postura dos profissionais que desenvolvem o mesmo, sendo unânime o compartilhamento de saberes e responsabilidades em um processo dialógico.

## SÍNTESE DA UNIDADE

Como se pode ver nos três casos acima, quando foram identificadas as necessidades de criação de PTS, eles foram levados adiante para a formação de equipe interdisciplinar, visando à pactuação de responsabilidades e corresponsabilidades, além de estabelecimento de cronograma, sempre sendo mantido o foco no usuário, em sua realidade e contexto biopsicossocial, em suas necessidades de saúde e nos vínculos de todos os envolvidos no processo.

Vale perceber que o PTS sempre envolveu toda a equipe e usuários, e que em certas ocasiões, até mesmo conselho tutelar, advogado, psicólogo e outros profissionais de outras áreas tiveram participação importante no bom desenrolar do caso. Isto mostra que o envolvimento multidisciplinar é um ponto central e que junto a um bom entendimento entre participantes e com trocas de conhecimentos e experiências pessoais o PTS tende sempre a desencadear em boa resolubilidade. É importante também ressaltar que em todos os três casos o protagonismo dos envolvidos e a corresponsabilidade tiveram grande importância nos bons resultados.

## REFERÊNCIAS

FLACH, A. et al. Projeto Terapêutico Singular: uma construção coletiva - relato de experiência. In: Congresso da Rede Unida, 9., 2010, Porto Alegre. **Resumos...** Porto Alegre: [s.n.], 2010. Disponível em: <<http://voticscx1.otics.org/trabalhosredeunida/resumos/RE0340-1.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

PINTO, D. M. et al.. Projeto Terapêutico Singular na Produção do Cuidado Integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 293-302; jul./set. 2011.

SILVA, M. et al. Projeto Terapêutico Singular: responsabilização, vínculo e resolutividade – relato de experiência. In: Congresso da Rede Unida, 9., 2010, Porto Alegre. **Resumos...** Porto Alegre: [s.n.], 2010. Disponível em: <<http://voticscx1.otics.org/trabalhosredeunida/resumos/RE1032-2.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

## SÍNTESE DO MÓDULO

Este módulo buscou contribuir para o desenvolvimento das habilidades voltadas à compreensão, à formulação e ao desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular visando a ampliação da resolubilidade da assistência na Atenção Básica à saúde. Procuramos, também, contribuir para a sensibilização quanto à relevância dessa ferramenta para a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na atuação na Atenção Básica em associação com a Equipe de Saúde da Família (ESF). Para isso, foram apresentadas habilidades individuais e coletivas que devem ser desenvolvidas, e enfatizou-se a compreensão da importância da inclusão da educação permanente na rotina profissional. Além disso, foram apresentadas algumas experiências exitosas como forma de demonstrar a viabilidade dessa ferramenta na prática profissional da equipe do NASF, desde que seja assumida uma postura de compartilhamento de saberes, com foco nas necessidades do usuário e de sua família.

## AUTORES

### Fernanda Alves Carvalho de Miranda

Possui Graduação em Fisioterapia pela Universidade do Estado de Santa Catarina (2001), Pós-Graduação em Fisioterapia em Traumatologia e Desportiva (2002), Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (2011). Atualmente é doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa EDEN Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde. Foi docente colaboradora na Universidade do Estado de Santa Catarina entre 2005 e 2008 tendo ministrado disciplinas para o curso de Fisioterapia e de Educação Física. Foi teleconferencista do Telessaúde de Santa Catarina em 2010/2, com a proposta de educação permanente na Atenção Básica, sob a perspectiva da Fisioterapia. Foi tutora a distância da primeira oferta do curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFSC nos anos de 2010 e 2011. Sua dissertação de mestrado teve como tema a atuação do fisioterapeuta na atenção básica.

<http://lattes.cnpq.br/4917469340402230>

### Elza Berger Salema Coelho

Possui Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1977), Especialização em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina e Doutorado em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2000). Atualmente é Professor Associado II da Universidade Federal de Santa Catarina e Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, desenvolvendo disciplinas de mestrado e doutorado. Líder de Grupo de Pesquisa do CNPq em Saúde da Mulher e Políticas Públicas. Desenvolve atualmente pesquisa na área de Violência e Saúde. Tem assessorado a implantação de currículos na área de saúde voltados para a interação comunitária. Atua na produção de materiais didáticos para cursos de Medicina da UFSC, Telessaúde e, atualmente, coordena o Curso de Especialização em Saúde da Família, Modalidade a Distância, vinculada a UNA-SUS.

<http://lattes.cnpq.br/3980247753451491>

### Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Possui Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1985), Mestrado em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1991) e Doutorado em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2000). Desde 1992 é professora junto ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de

Santa Catarina atuando na Graduação e Pós-graduação em Psicologia, sendo atualmente Professor Associado I. De 2001 até 2010, atuou como Preceptora do Programa de Residência Integrada Multidisciplinar em Saúde da Família junto ao Departamento de Saúde Pública da UFSC. Na área da Psicologia hospitalar, atua fazendo parte do corpo docente da Residência Multidisciplinar de Alta Complexidade do Hospital Universitário da UFSC. Na área da Psicologia Clínica, atua na perspectiva social comunitária com ênfase em Saúde Pública, atuando e pesquisando, principalmente nos seguintes temas: família, intervenção sistêmica com famílias na comunidade, redes sociais, família e violência, assim como a família e comunidade no contexto da psicologia da saúde.

<http://lattes.cnpq.br/4175376265063250>



Ministério  
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde  
Santa Catarina